

[原 著]

# 左MCA-STAバイパス手術後の失行の看護 ロイ適応モデルを用いて

Nursing of patient with apraxia after left MCA-STA bypass surgery  
A study based on Roy adaptation model

滝上 由美、藤本美智代

Yumi Takigami, Michiyo Fujimoto

KKR札幌医療センター看護部 8階西病棟 Department of Nursing, KKR Sapporo Medical Center

キーワード：血行再建術、失行、ロイ適応モデル

## I. はじめに

高次脳機能障害は長期化の状況が生じる。それに伴い外見上の傷害が無いことから、周りの理解が得られるまで時間がかかる。観念失行（以下、失行症）の他に、それまで行うことができた行為が行えなくなることから生じる焦りや不安といった適応上の問題を抱える可能性がある<sup>1) 2)</sup>。

これまでの高次脳機能障害に関連した看護研究は、入浴や排泄のセルフケア向上、自宅退院へ意思決定するまでの家族への看護介入の方法などの問題を取り上げている<sup>1) 2) 3)</sup>。

本研究の患者は、脳血栓症から運動機能は軽度であったが、高次脳機能障害は残存し、「バカになった」といった言動や箸を適切に持てないなどの行動が見られた。そのため、看護介入が上手く出来ない状態が継続した。そこで、言語能力や日常生活動作が向上すれば、自信を取り戻し、上記の言動や行動が軽減するのではないかと考えた。

本研究は看護介入に当たり、ロイの適応モデルを適用しアセスメントした。このモデルでは、対象行動や適応レベルに影響している因子を特定し、それに焦点を当てることにより看護を実施する。このような手順を取ることで、改善すべき行動と原因との関係が明確になり、また評価可能な看護を行うことが可能になるという利点があると考えられる。このような考えのもとで研究を行ったところ、一定の結果が得られたので報告をする。

## II. 研究方法

1) 研究期間：平成21年5月～6月

2) 事例紹介

患者は70歳代、男性（以下A氏）、医学的診断名は左側頭葉、頭頂葉脳血栓症、右上肢の軽度運動機能低下、観念失行、観念運動失行（以下、失行症）、ウェルニッケ失語症で保続・換語困難（以下、失語症）の症状だった。

現病歴は、以下の通り。数字が読めなくなったが、夕食を摂取、飲酒し就寝した。翌日、日付が理解できなくなり、近院の内科に受診、当院の脳神経外科を紹介され受診し入院となった。検査の結果、手術適応と診断され左MCA-STAバイパス術を行なった。

入院の経過は、手術を行ったが失行、失語症は続いた。JCS I-2で名前と生年月日は言うことができた。運動機能は右上肢の軽度の障害だった。体温計をはさめない、箸を適切に持てない、更衣が出来ない失行症と、日付が言えない、質問をしても理解できない等の失語症があった。A氏には、自分の能力低下を嘆くような言動や臥床傾向、食事拒否行動があった。また、周囲の働きかけに対する反応も多くなかった。リハビリテーション（以下、リハ）では課題内容を出来ないと怒る等があり、看護やリハが上手く介入出来ない状況であった。

3) 分析方法

ロイの適応モデルに基き4つの適応様式（生理的、自己概念、役割機能、相互依存）の枠組みの中で看護過程を展開した。アセスメントの結果については、表1参照。

表 1. 行動と刺激のアセスメント

	生理的様式	自己概念様式	役割的様式	相互依存様式
非効果的行動のデータ	<ul style="list-style-type: none"> <li>体温計をはさめない、箸を適切にコントロールできないなどの観念失行、観念運動失行による日常生活力の低下がある</li> <li>右手の違和感（運動感覚の障害）</li> <li>錯誤</li> <li>右手が使用困難になることにより、食事などの行為に疲労感が伴う</li> <li>保続、換語困難・発話の困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「バカになった」など悲観的な言動がある</li> <li>機能的変化の状況が受容出来ないまま、不安や怒り、自尊心の低下が見られる</li> <li>機能的変化による障害を受け入れられない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>この状態では自宅に帰るのは無理と考えている</li> <li>病気以前と同様に仕事が出来ないことへの不安</li> <li>妻に仕事の負担をかけていることに対する自責の念</li> </ul>	該当なし
焦点刺激	<ul style="list-style-type: none"> <li>左側頭葉、頭頂葉の脳血栓症</li> <li>ウェルニッケ失語症</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>発話の障害</li> <li>記憶の障害（自分の生年月日や名前などを想起する際の困難）</li> <li>機能的変化の障害</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>機能的変化の障害</li> <li>家庭や社会に対する責任感</li> </ul>	該当なし
関連刺激	<ul style="list-style-type: none"> <li>右上肢の運動機能低下と拙劣化</li> <li>観念失行</li> <li>観念運動失行</li> <li>発話の障害</li> <li>入院生活に慣れていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>話したい事、やりたい事ができないことへの不満</li> <li>疾患を理解出来ないことからの不安</li> <li>それをおかしいと理解しているが症状を理解出来ないことからの失敗経験</li> <li>出来た事が出来ない、理解出来ない事に対する周りの反応に不安</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>仕事に必要な行為が十分に出来ないことへの失意の念</li> <li>妻と妻の妹がA氏の仕事も引き受けていることからの負債感</li> </ul>	該当なし
残存刺激	<ul style="list-style-type: none"> <li>73歳</li> <li>入院に伴う環境変化</li> <li>指示された言葉が理解できない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>周りの反応</li> <li>初めての入院に対する混乱</li> <li>自己の性格への信念（まじめで、社会的常識がある。妻からは、困難にぶつかったら一歩引いて冷静に対処する）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>周りの反応</li> <li>自己の性格への信念</li> <li>近所からの信頼に答えようとする気持ち</li> </ul>	該当なし

#### 4) 倫理的配慮

研究対象者及び家族に対し、研究や報告に対して個人情報保護されている事、参加に対して任意であり、拒否又は途中で拒否をしても不利益が生じない事を文章と口頭で説明した。そして、研究の結果を公表することの承諾を得た。

### Ⅲ. 看護の実践

看護目標と計画は表 2 に示す。

#### # 1 セルフケア（食事、清潔、更衣、整容）が向上する

体温計をケースで渡し腋窩にはさむことを口頭で説明するが理解されず、ケースの蓋を開けてもわからず、体温計をケースから出すと脇にはさむ行動があった。ケースで渡すとケースごとにはさみ、体温計をケースから出せるが反対に腋窩にはさむ等の行動があった。それに対し、デモンストレーションで体温計をケースから出してはさむ動作を何回か行なっていると、2、3日後からは出来るようになった。日によってはムラがあったが、体温計を口に入れたりする等の大きな異常

行動はなくなった。

箸を使用する時にジップロックの袋から箸が出せない場面があった。デモンストレーションで袋から出して渡すと次からは出来た。迷いながら出せない時もあったが、しばらく様子を見てA氏が気づき行動に至ったのでそのまま見守った。箸の使用方法で上下を逆さまで使用している時があった。A氏の状況を見ながら、摂取し始めであれば直したが、終了間際ならばそのまま様子を見た。このような介入を行った結果、箸を正確に使用している場面も見られたが、その一方で誤った使用をしている場面も依然として観察された。

更衣は上衣だけを交換する時にズボンを脱いだりする動作はあった。そこで、上衣を見せ口頭やデモンストレーションで説明しながら行い、焦らせずに時間をかけて行くと、迷いながらも更衣は出来るようになった。退院の時には時間はかかるが、自宅で着用していた服を自分で着る事ができた。

#### # 2 言語理解能力が向上する

コミュニケーションの向上を意図して、積極的に話し掛けるようにした。間違った発言をしても失敗を指

表2. 看護の実際

看護診断	#1. 観念運動失行、観念失行によりセルフケア不足
看護目標	#1 セルフケア（食事、清潔、更衣、整容）が向上する
看護計画	<p>0-①原因疾患、障害部位 ②残存機能（機能障害・運動障害）</p> <p>③ADLの自立度（食事、清潔、更衣、整容、排泄）</p> <p>④視覚障害（視力、視野障害）の有無と程度 ⑤疾患や治療に対する認識、理解度</p> <p>⑥意欲、依存心、ストレス、不安の有無 ⑦家族のサポート状況（退院後も含めて）</p> <p>T-①セルフケアが不足している原因をアセスメントする</p> <p>②患者の状態に合わせて計画し、無理強いせず、支持的態度で接する</p> <p>③言葉やデモンストレーションを行い、出来ないときは手を添えて実施する（体温計、更衣など）</p> <p>④努力や達成した事に対しては、励ましや賞賛をする</p> <p>⑤自尊心を損なわないように、必要時のみ助助する</p> <p>⑥患者自身がおかしいと気づき修正をしようとしている時はしばらく様子を見る</p> <p>E-①出来ない事があれば、伝えてもらうように説明をする</p> <p>②時間がかかっても自分で行う事の必要性を説明する</p> <p>③家族にも不要な手出しはせず、見守る事の重要性や、努力や達成したことに対しての励ましや賞賛の必要性を説明する</p>
看護診断	#2. ウェルニッケ失語症によるセルフケア不足
看護目標	#2 言語理解能力が向上する
看護計画	<p>0-①原因疾患、障害部位 ②残存機能（機能障害・運動障害）</p> <p>③失語症の種類、症状（発語、了解、復唱、読書、書字）</p> <p>④患者背景（生活、環境、職業、性格、趣味）</p> <p>⑤患者、家族の疾患の受け入れ状況、治療に対する意欲</p> <p>T-①漢字や単語の理解は出来るので、ヒントを与えて理解を広げる</p> <p>②説明をする時はゆっくり、区切って、短い言葉で話す</p> <p>③言葉がけだけで修正するのではなく、混乱を起こす前に手を添え異常行動を停止させ、行動の前にデモンストレーションを行い修正しながら実施する</p> <p>④混乱や落ち込ませないように、成功感を与える</p> <p>⑤トランプのゲーム（ババ抜き）を促し気分転換を図る</p> <p>⑥散歩を促し気分転換を図る</p> <p>E-①調子が悪い時は看護師に話そうように説明をする</p>

摘するような態度は示さず、見守ることを基本とした。そうすると、自分を卑下する内容や意味不明な内容であっても、次第に自発的発言の量が増大してきた。その発言とは、例えば、体温計の値を聞き記載するように話すと、「860だよ。そんなこと言われても私字わからないもん。やっとゆっくりわかるようになってきたんだ、これでも」といったような返答だった。

以前は、落胆するような言動に際して、表情や態度に落ち込んでいるのが表れ臥床傾向になりがちであった。しかし、話を傾聴するように努めると、気持ちを表出する事が多くなり、経管栄養をしている患者の事を気にするなど周りを気にする余裕が出来た。また、他の患者に話しかけられ話がかみ合わず苦笑いしている時もあったが、笑顔が多くなり活動的になった。

言語理解能力を向上させ、コミュニケーションを促進するための方法を探したが、言語聴覚士や作業療法士から色の分類やマッチングは可能であり、数概念は理解可能だとの情報を得た。そこで、A氏がトランプ好きだったこともあり、毎日の生活にリズムをつけることも目的として散歩とともにトランプを行なった。

トランプはババ抜きをおこなった。最初戸惑い、順番やカードを取る相手がわからなくなる事もあった。しかし、看護師と一緒に説明をしながらやっていると間違いながらも次第に出来るようになった。勝った事に対して喜ぶ様子もあった。

途中、「（トランプについて）いや～いつもやると、なにやってるの？と思われるしょ～でも寝てばかりいてもね～」等といった発言があった。この発言に見られるように、トランプによって自発的発言が促進されたこと、また周囲の他者に対する関心を取り戻したことが示される。

看護師と一緒に病棟を話しながら散歩した。その日に何周するかはA氏にまかせたが、積極的に参加した。自分で休息を取りながら病室内、デイルーム等を散歩するようになった。「あんたがたも大変だねえ～あはは。」という発言が聞かれ、笑顔も多くなり、新聞やテレビを見るなどの機会が多くなった。

これらの看護の結果、上記以外に、気持ちのこもった発言、周りを気にする余裕が出現、笑顔が多く活動的になったことといった変化も観察された。

#### IV. 考察

ロイの適応モデルを用いて、看護介入をおこなった。モデルに応じて、非効果的行動と刺激のアセスメントをおこなった。その結果、一定の成果が見られたが、幾つかの問題点も残った。以下に、成果と問題点について詳述する。

##### 1. 生理的様式について

一次、二次行動アセスメントの結果から観念失行、観念運動失行、保続など非効果的行動が観察され、これらはロイのモデルにおける生理的様式に該当すると考えられた。生理的様式とは、環境からの刺激に対する生理的行動である。その焦点刺激は脳血栓症とウェルニッケ失語症が特定できた。この刺激に対しては、デモンストレーションやゆっくりとした発話が有効だとされる<sup>3)</sup>。そこで、そのような看護をおこなった結果、上手く行かないことはあったが、全体的に改善が見ら

れた。

## 2. 環境への順応性の影響

A氏には発話困難という非効果的行動が見られ、その焦点刺激として脳血栓症、残存刺激として環境への不慣れがあったとした。ロイは病院という環境自体が非効果的行動を大いに促進することがあると述べている<sup>4)</sup>。A氏は自己概念様式のアセスメントから、初めての入院で環境の変化により戸惑っていたことが分かった。加えて、拒否的な反応が見られた理由としては、A氏の疾患への知識不足もあったと考える<sup>4)</sup>。生理的様式の左側頭葉、頭頂葉の障害が重なっていた。言語領域の病変により、論理的思考も難しかった。これら4つの原因が重なったため、新しい環境で混乱をきたし落胆的言動や態度につながったと考えられた。

看護目標の一つは、セルフケアの向上だった。研究を始める以前から、A氏も日常慣用物品で整えていたが、日によっては出来ないことがあった。患者がセルフケアで使用する物品は自宅で使用していた日常慣用物品で整える事が有効であったと報告がある<sup>3)</sup>。しかし、小山ら<sup>1) 5)</sup>は失行の患者には症状出現の浮動性がある事を指摘している。失行患者は目的に至るまでに一連の行動が必要な場合であっても、その行動を省略する傾向がある。A氏が初期に適切に箸を使用できなかったのも、それが原因であると考えた。そこで、1つ1つの行動を確認してもらう作業をおこなった。その結果、箸の使用には一定の改善が見られた。

## 3. デモンストレーションやモデルの有効性

言葉での促しやデモンストレーション、手を添えるなどの看護を行なった。その結果、混乱せずに一定の効果が得られた。脳血栓症の場合、言語領域の病変により、多くの情報が入ってきても、情報の整理が難しいため、新しい環境で混乱をきたす<sup>3)</sup>。そのために、時間をかけて確認できるように視覚的に提示することが有効だったといえる<sup>3)</sup>。

## 4. 看護手順の問題

体温計を自分で腋窩にはさめなかった理由として、看護手順の不統一があった。ケースから出して渡す看護師もいれば、ケースごと渡す看護師がいた事も後にわかった。

これはA氏を混乱させる結果になった。今後は入院期間を通じて、手順の細部にわたる統一が必要と考える。

## 5. 自己概念様式と役割機能様式への影響

看護目標の言語理解能力の向上については、観念失行や失語症が改善していく過程で、表情の変化が増え、社会的関心も増していった。これらは失語症に対して、トランプや散歩を用いて発話しやすい環境を整え、話を傾聴し間違った発言をしても失敗を指摘するような態度は示さず、見守ることを基本とした結果だと考える。正しい発話をした場合に、一緒に共有できた事を喜ぶ態度を示した。

いったん喪失した機能を再学習することは自己概念様式の適応にとって重要である<sup>6)</sup>。今回の介入によって、自発的発言が増えたり、感情の変化が見られるようになったのは、トランプのゲームを上手くこなせたという経験から自己概念様式の適応が促進されたと考える。このことから、生理的様式の問題を解決していく過程の中で、A氏に関しては、自尊心の回復も生じたと考える。

## V. 結論

1. ロイの適応モデルを用い、系統的に分析し看護介入をした事で、患者の生理的様式や自己概念様式の適応の程度を理解し、問題となる行動を引き起こしている刺激を特定することができ、適応の程度を理解した看護介入ができた。
2. 今回の患者は環境への不慣れさが不適応行動の1つの原因と考えられた。看護介入の際に、患者の状態に応じた環境調整と人間関係の構築を行うことで、患者の日常性を取り戻すことが可能となった。
3. 混乱を避けるためにデモンストレーションやモデルを提示した視覚的な介入は一定の効果が得られた。
4. 患者が混乱しないように看護手順を統一し、長期的な視野に立った介入をする事の必要性が明らかになった。
5. 生理的様式に焦点を当てて介入することで、患者の自信の回復につながり、さらに自己概念様式の改善、引いては自尊心の向上にも効果が見られた。

## 文献

1. 満園健蔵、他. 観念失行によりセルフケアの不足をきたした患者の看護—ビデオ学習を取り入れて—. 第30回日本看護学会論文集成人看護Ⅱ：80-82, 1999
2. 佐藤弥生、他. 高次脳機能障害患者への村田理論によるスピリチュアルケアの実践. 第37回日本看護学会論文集成人看護Ⅱ：457-459, 2006
3. 橋本美紀、他. 観念失行によりセルフケアの不足を生じた患

者の看護. 第28回日本看護学会論文集 成人看護Ⅱ：91-94,  
1997

4. 松木光子、他. ザ・ロイ適応モデル. 医学書院. 2008, p20-23
5. 小山珠美、他. 高次脳機能障害ナースングガイド第3版：85. 日総研. 2008, p15-17
6. 松木光子、他. ザ・ロイ適応モデル. 医学書院. 2008, p27-33